

Morita Tsuneo

Nem minden változtatás reform - Az egészségügyi vita japán szemmel

A téves dichotómia: „állam vagy piac”

A világban többfajta egészségügyi biztosítási rendszer létezik: nemcsak az állam által garantált rendszer, mint az egykori szocialista országokban, illetve a teljes piaci alapú rendszer, mint az USA-ban, melyek az egészségügyi biztosítási rendszer két pólusának példái. A valóságban ettől sokkal színesebb a paletta. Több fejlett országban a társadalombiztosítás különböző variációit is megtaláljuk. Ennek ellenére az egyes volt szocialista országokban egy „easy-going” eszközzel akarják végrehajtani a meglévő rendszer változtatását: a társadalombiztosítás privatizálását. A privatizálás nem olyan mindenható megoldás, amely bármilyen helyzetben érvényesíthető. A társadalomban többfajta szociális és önkéntes közösség által működő rendszer játszik fontos szerepet a mindennapi életszférában: az állam vagy a piac érvelése egy hibás dichotómia, amely túlegyszerűsítéshez vezet, ezért hibás a valóság értelmezésére.

Japán igazán egy olyan ország, ahol a világ egyik legfejlettebb piacgazdasága virágzik, de még soha sem próbálkozott az egészségügyi biztosítás magánosításával. Bár az USA jelenlegi kormánya részéről nehezedik némi nyomás Japánra a piac megnyitásának tárgyában és ennek megfelelően a Koizumi kormány a liberalizálás feladata közé tette az egészségpénztár privatizálását is, de valójában soha nem foglalkozott komolyan ezzel, és a mostani kormány sem. Japánban az egészségügyi-munkaügyi minisztérium országosan, egységesen szabályozza nemcsak az orvosi ellátás költségterítési normatíváját, hanem a betegek költségterítési önrészét is. A különböző tulajdonban lévő rendelő-kórházak alá vannak rendelve ennek a szabályozásának és ebben a keretben nincs a magánbiztosítónak mozgástere. Ha a kormány az alapszabályozás-döntés jogát átadná a magánbiztosítónak, akkor más lenne a helyzet, de egy ilyen intézkedés csak óriási zűrzavart és kormánybukást okozhat. Az biztosnak mondható, hogy a társadalombiztosítás privatizációjára nem kerül sor Japánban, legalábbis a közeljövőben biztosan nem, és az amerikai kormány sem kíván további nyomást gyakorolni ebben a kérdésben. Japánban a nemzetstabilitás sokkal fontosabb, mint az USA-ban. Más szóval a teljes mértékű piacialapú egészségügyi szolgáltatás csak olyan országban szükséges, mint az USA, ahol a világ minden tájáról érkezett szereplők versenyeznek a nemzetközi színpadon, és emiatt a magas aktivitás fenntartása társadalmi létkérdés. Az USA egy kivételes ország, így rendszerei utánzásnak nincs értelme a nemzet alapú országok többsége esetében.

Ezek szerint, mit jelent a több-biztosítós rendszer, melyet az egészségügyi reform kulcsszavaként használnak Magyarországon? Ha ez nem az egy-, vagy a több-biztosító kvantitatív kérdése, akkor a szóhasználat megtévesztő. Ha a több biztosító a biztosítási rendszernek a magánosítását jelenti, akkor a társadalombiztosítás privatizálása a helyes kifejezés. Ha a több biztosítás jelenti a többfajta non-profit biztosítószerv/közösség létrehozását, akkor a társadalombiztosítás decentralizációjáról van szó. Ez a két dolog teljesen ellenkező irányú változás és lényegesen eltérő területeket érint. Ha a kormány az előbbi változást szeretné, akkor ehhez legalább bizonyos szintű társadalmi konszenzus szükséges, mert ez nem egy állami cég privatizálása, hanem a társadalom egy lényeges rendszerének a változásáról szól. Úgy tűnik,

hogy a koalíciós kormány politikai kompromisszumként a két változás keverékében állapodott meg: egy kis magántőke-bevezetés a társadalombiztosítási rendszerbe, egy kis részleges magánosítás.

Az ilyen politika-szülte rendszer vajon működőképes? A megszületett kompromisszum optimális megoldás? Ha igaz - amint a miniszter is deklarálta-, hogy minden ugyanúgy marad, mint eddig, csak jobban járnak betegek, akkor mind a társadalombiztosítás, mind a magánbiztosítás előnyét élvezni tudják a polgárok. Valóban ez a megoldás ilyen csodát teremtene? Sajnos ilyen csoda nem létezik, és előbb-utóbb meg kell változtatni a kávé-teakeverés módon privatizált rendszert: vagy teljes magánbiztosítási rendszerre - mint ahogyan eredetileg az SZDSZ elképzelte-, vagy a társadalombiztosítás decentralizálásra.

Az optimális kombináció lehetlensége

Miért nem tudjuk kombinálni a két rendszer előnyét? Mert a két rendszer teljesen ellenkező elv alapján működik, amint az az álabbi összehasonlítási táblából kiderül.

	Társadalombiztosítás	Magánbiztosítás
Elv	kockázat közös vállalása	kockázat egyéni vállalása
Terhelés	közös és a progresszív vállalás	egyéni, a jövedelem és kívánság szerint
Ellátás	terhelésüktől függetlenül egységesen	differenciálódás a befizetett kockázat szerint

A két rendszer teljesen ellentétes, ezért nem tudjuk keverni ezeket, hanem csak egy párhuzamosan működő, kétversenyzős rendszerként, vagy egy vertikálisan épült, kétszintes rendszerként tudjuk működtetni. Ennek ellenére a kormány vegyességre vonatkozó kompromisszumot kötött. Hát, ez a vegyes megoldás akár egy új csodatalálmány is lehet a mai világban!

Az USA-ban az egészségbiztosítás ugyanúgy működik, mint a gépjármű-biztosítás (mint CASCO Magyarországon) és nem létezik kötelező biztosítás. Ez lenne a teljes magán-egészségbiztosítási rendszer. A magánbiztosítás teljesmértékű működéséhez szükséges több magánkórház és jóval szélesebb magas jövedelmű társadalmi réteg megléte, mely a magas biztosítási díjat fizetni képes. A kórházak versenye nélkül nem érvényesíthető a magánbiztosító funkciója és a magas biztosítási díjfizetők nélkül a kórházi ellátás gyökeres javítása sem elképzelhető.

Magyarországon mindkét feltétel hiányzik. Az állami kórházi rendszerben, a kórházak versenye híján, a kórházon kívül létező biztosító nem tudja befolyásolni a kórház gazdálkodását. Sőt, a magas biztosítási díjfizető hiányában az új rendszerbe az eddiginél nem kerül be több pénz. Így Magyarországon a biztosító nem tud olyan szerepet játszani, mint az amerikai biztosító. Egyes közgazdászok állítása, amellyel a több biztosító előnye mellett érvelnek, nem érvényesül Magyarország viszonylatában. Ugyanis Magyarország nem az Egyesült Államok.

Akkor milyen következményt képzelhető el a társadalombiztosításon belüli részleges magánosításból, amely most kormány-kompromisszumként létrejött? Ami most létrejön, az várhatóan az egészségpénztár gazdálkodásnak egy „*Outsourcing*” (munkamegbízás külső szerv/cég részére) próbálkozása. Az biztos, hogy a félig decentralizált formában és külső szakemberek bevonásával jobban tudnának gazdálkodni a közpénzekkel. Viszont a rendszer bonyolultsága miatt az adminisztrációs költség (káosz) a kórházban és

pénztárban biztosan emelkedni fog. Ennek eredményként valószínűleg a költségnövekedés nagyobb lesz, mint a hatékonyság-növeléssel megtakarított összeg. Az „*Outsourcing*” Magyarországon egy felemás próbálkozásaként fog véget érni.

Összességben a kormányzati „reform” nem járul hozzá az orvosi ellátás minőségének javításához, ellenkezőleg, a rendszer fenntartási költsége még magasabb is lehet. Igazán lényeges előrehaladás nélkül a kormány már így is többet költ a meglévő rendszerműködtetésére –pl. az étkezés minőségének a javítása és az uzsonna bevezetése - az új rendszer előnyeinek előzetes meghirdetése miatt.

Szóval nem létezik a vegyes megoldás csodája, és előbb-utóbb újra meg kell majd változtatni a „reformált” rendszert.

Az egészségügyi rendszerek két pólusa: tanulság a „Sicko” c. filmből

Mint említettem, a volt szocialista országok állami (állam által garantált) és az amerikai, teljesen piacalapú biztosításrendszer az összes ismert egészségügyi rendszer két végső pólusát képviseli. Magyarországon nehéz világosan átlátni, hogy milyen problémák rejtőzködnek e két különböző rendszerben. Itt, az elmúlt ötven évben a meglévő ellátórendszerhez szokott embereknek az sem teljesen világos, hogy melyek ennek a rendszernek az alapfogyatékoságai és az amerikai, teljesen piacosított rendszerről a magyaroknak valóságos ismeretük - se elméleti, se gyakorlati tapasztalatuk - nincs. Szerencsére a közelmúltban megjelent Michael Moor rendező új dokumentumfilmje, a *Sicko*, mely az amerikai egészségügyi rendszer problémájával foglalkozik. E film segítségével a néző elég alapos betekintést nyerhet az amerikai egészségügyi, betegbiztosítási rendszer sokszor megdöbbentő, de működő valóságába.*

* Japánban a kormánypárti országos képviselők esettanulmányként közösen szervezték meg a film megtekintését, és az amerikai rendszerről vitatkoztak olyan szakemberekkel, akik orvos-professzorként dolgozták az USA-ban. Magyarországon, ahol a társadalombiztosítás privatizálását napirendre tűzték, nem mutattak sem a pártok, sem a polgárok ilyen komoly érdeklődését e film iránt. Sokan nem is tudnak róla, mert egyáltalán nem volt e filmnek reklámja. Az is érdekes, hogy aki megnézte a filmet, néhányan (főleg a „reformpártiak”) azt mondják, hogy ez a film szélsőséges nézetet alapul és elfogult, ezért nem érdemes komolyan foglalkozni vele. Mi a szélsőséges nézet és melyik rész elfogult, vagy hamis ebben a filmben? A rendezői nézőpont szélsőséges és hamis, vagy az amerikai valóság a szélsőséges? Szerintem az utóbbi, mert mint közismert, az orvos ellátás USA-ban hihetetlenül drága (nemcsak magyaroknak, hanem japánok részére is elképzelhetetlenül drága) és az olcsó biztosítás nem nagyon tud mérsékelni a betegek terhelését, azért a polgárok meglehetősen nagy hányada (20%) nem biztosított. Ezt már nem nevezném kis, figyelmen kívül hagyható résznek. Ennek ellenére egyes magyar közgazdászok nemcsak, hogy nem akarják elismerni az amerikai egészségügy problémáit, hanem még a szegénység problémáját sem.

„Elvégre Amerikában negyvenmillió embereknek nincs biztosítása - ismétlik imamalomként a hamis érvet. Tudjuk, hogy az Amerikai Egyesült Államokban nem szegények azok, akiknek nincs egészségbiztosítása, hiszen a szegények orvosi ellátását állami hálózat biztosítja.”(Bauer Tamás, Gaskó István igazsága, Élet és Irodalom, 2007. december 14.)

Elég furcsa, hogy egy magyar közgazdász elutasítja és tagadja az amerikai polgárok gondját, és a saját értékrendje szerint akarja értelmezni a számára oly távoli valóságot. Mit szólna a magyar közgazdász, ha egy amerikai közgazdász azt állítaná, hogy „Tudjuk, hogy Magyarországon nem szegények a munkanélküliek, hiszen állami segínyt kapnak és az állami hálózat segíti a szegényeket”. Ettől függetlenül, ha Bauernak van igaza, akkor valóban az USA rendszer az ideális cél a magyaroknak. Az amerikai liberális értelmiségiek többsége nem fogadja el az ilyen szélsőséges állítást, melyet a

magánbiztosítók lobbistái képviselnek. Ha, Bauer Tamás elutasítja Moort, akkor elutasítja a Clinton-házaspárt is, akik a társadalombiztosítás bevezetésével próbálkoznak az USA-ba, amelyet a lobbistáinak ez idáig sikerült megghiúsítaniuk, mert a társadalombiztosítási rendszer bevezetése szűkíti a magánbiztosító piacát.

A teljesen piaci alapú egészségügyi rendszerben bizonyos feltételek adottak: több magánkórház, több magánbiztosító és jövedelmük szerint differenciálódott biztosítottak. Ilyen körülmények közepette a magánbiztosító mindenható szerepet játszhat. A magánbiztosító aktív közvetítő lesz, a betegek javára tudja fordítani az egészségügyi ellátást, de csak szigorúan a biztosítási korlátokon belül. A magas színvonalú ellátás velejárója természetesen a jó magas biztosítási díj, ez hozzájárul az orvosi ellátás versenyéhez, (a gazdagok javára) és ennek eredményként a kórházak a legkorszerűbb szintre tudják fejleszteni műszerparkjukat, berendezéseiket. Magas színvonalú orvosi ellátás a gazdagok számára és a nem-biztosítottak hatalmas tömege egy társadalmon belül: ez az Egyesült Államokban meghonosodott rendszer. A Moor-film jól mutatja be az amerikai egészség-ellátási gondokat, de az állami rendszerek fogyatékoságát természetesen nem, inkább az európai és (volt) szocialista országok egészségügyi rendszereinek előnyére mutat rá saját rendszerükhöz képest.

Akkor hát hogyan ábrázolható a KGST, avagy posztoszocialista rendszer? Lényegében talán annyiban, hogy mindenkinek egyforma ellátás bizonyos társadalombiztosítási díj befizetése mellett. Ugyan minden állampolgár be van biztosítva, de jobb minőségű igény kielégítésére nincs lehetőség. E hierarchikusan szervezett ellátási rendszerbe nem fér bele a szabad orvos- és kórházválasztás lehetősége. Akkor sincs lényeges különbség, ha a szabad kórházválasztás lehetősége létezik, mert miután a kórház nincs ösztönözve az ellátás és műszerparkja fejlesztésére, ezért szinte minden kórház egyformán működik, egyforma szolgáltatást nyújt. A régi típusú, posztoszocialista rendszerben folyamatosan elavul a kórházi ellátás színvonala és felszerelése: ez törvényszerű tendencia. Több olyan kórház van ma Magyarországon, ahol 30-40 éven keresztül nem tudták a meglévő ágyakat újakra cserélni, több kórházban a WC és a zuhanyozó állapota szörnyű, még WC-papír sincs, a fekvőbetegek étkezési színvonala a börtönök szintjén van. Szóval olcsó, de nagyon rossz a szolgáltatás minősége. Ennek ellenére, a nagyon magas társadalombiztosítási hozzájárulás befizetése mellett az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor bizonyos borraalót oda kell adnunk minden kórházi dolgozónak – orvosnak ápolónak, segédszemélyzetnek. Ez is elég „Sicko”(csúnya), ugyanúgy, mint az amerikai dokumentumfilm is mutatja. A fő probléma elsősorban nem a pénzhiány, mint ahogyan a FIDESZ állítja, hanem a rendszer maga: mindenképpen szükség van a rendszer felújítására.

Van-e értelme a magánbiztosító bevezetésének?

Mind az USA-ban, mind a volt szocialista országokban, vagyis a kétpólusos rendszerekben sajátos problémák jelentkeznek. Ezek megoldására Amerikában egyes demokraták arra törekednek, hogy az egészségügyi alapellátás biztosítása terjedjen ki minden állampolgárra. Európában viszont nemcsak a volt szocialista országokban, hanem a hagyományos jóléti államokban is keresik a hatékonyabb, takarékosabb és korszerűbben felszerelt rendszerre való átállás útját.

Ha az állam nem tudja hatékonyan működtetni a rendszer minden funkcióját, akkor ezt a részét magánkézbe vagy más, önkéntes közösség kezébe kell átadnia. De melyik részét, hogyan és kinek? A nemzetközi porondon ebben van a legkomolyabb vita, ennek ellenére az egyes volt-szocialista országok

már gyorsan kiválasztottak egy „*easy-going*” megoldását, a társadalombiztosítás privatizálását. Most Magyarország is ebbe a sorba szeretne csatlakozni. Ez a privatizálás szindróma - a probléma egyszeri/ugrásszerű megoldása - a hibás kuponprivatizálási lázra emlékeztet, amelyet az IMF szakértők és egyes közgazdászok szorgalmaztak a rendszerváltás utáni időszakban, figyelmen kívül hagyva az egyes országok sajátos adottságait.

Mint érveltem eddig, Magyarországon nincs meg a magánbiztosítás hatékony működésének előfeltétele: a több magánkórház és több magas jövedelmű társadalmi réteg megléte. A biztosító nem tud befolyást gyakorolni az állami kórház működésére. Az olcsó kötelező biztosítás keretében a biztosítónak nincs üzleti érdeke költséges, de egyben jobb minőségű szolgáltatásra törekedni. Ilyen körülményekben bármifajta vegyes kötelező biztosítás Magyarországon legfeljebb hasonlóan működhet, mint a gépjármű kötelezőbiztosítás, ahol a polgárok fő szempontja, hogy az olcsóbb biztosítót keresik, de lényegében nem változtatna semmit sem a rendszer működésében. Ellenben a bonyolult elszámolási rendszer bevezetésével a társadalmi költség sokkal nagyobb lesz, mint az elérhető eredmény, amely óriási társadalmi erőforrások pazarlását idézi elő.

A közgazdászok meglehetősen ügyesek felesleges zűrzavarok teremtésében. Amint az közismert, a magyarok alig tudnak új intézkedéseket szervezett módon végrehajtani, mert az intézkedést kitaláló/készítő nem felelős a valódi végrehajtásért, és a végrehajtó szerv sem tudja teljes felelősséggel és alapos teszteléssel végigkísérni figyelemmel az összes folyamatot. Ennek eredményként káosz állapot szokott kialakulni a végrehajtó szervezetben. Ezért a vizit- és kórházi napidíj bevezetése is csak óriási zűrzavart okozott, mely a mostani minisztérium, kórházak és rendelők adminisztrációs képességének színvonalára is egyértelműen rámutat. Ebből kifolyólag vajon mire számíthatunk a feleslegesen bonyolult kötelező többbiztosítási rendszer bevezetésével? Már ezért is bizonyos, hogy előbb-utóbb meg kell változtatni ezt a rendszert, de hogy milyen irányba - ez a lényeges kérdés.

Mit lehet tenni a mostani magyarországi körülmények közepette?

Elsősorban az egészségügypénztár decentralizációját, mely részben megvalósul a mostani kormányintézkedéssel.

Másodsorban a magánrendelők és szakkórházak hálózatának megeremtetése tűnik a leginkább szükségesnek. Amire most szükség van, az nem a társadalombiztosítás privatizálás, hanem több magánrendelő-szakkórház megnyitása, kialakítása a folyamatban lévő kórházszervezések mellett. Az orvosi szolgáltatás versenyét - ami a szolgáltatás minőségének javításához vezet -, csak így tudjuk megeremteni.

Harmadszor, a magánrendelő-kórház liberalizálása esetén a kormánynak kell szigorúan, egységesen szabályoznia a magán-orvosi intézmény működését a társadalombiztosítás érvényesítésének szempontjából. Negyedszer, a magánbiztosítást nem a kötelező biztosítás keretében (nem a társadalombiztosításnak vetélytársaként), hanem a társadalombiztosítás feletti kiegészítő biztosításként kellene bevezetni. A kiegészítő magánbiztosítás az állami kórházi rendszer mellett is működtethető, ha az állami kórházak választható szolgáltatást tudnak nyújtani. Talán a jelenlegi állami kórházi rendszerben –verseny híján-, nem nagyon tudnak választási lehetőséget nyújtani. Ezért a kiegészítő magánbiztosítás teljes mértékű működéséhez nélkülözhetetlen minél több magánrendelő-szakkórház megléte. Többfajta kiegészítő biztosítási termék bevezetése bizonyosan ösztönzi a kórházi szolgáltatás minőségjavítását, és fokozatosan

emeli a kórházi ellátás színvonalát. Természetesen a kiegészítő biztosítás által garantált szolgáltatást és minőséget nem mindenki tudja élvezni, de csak ily módon emelhető az átlagos ellátás színvonala a kórházban és a rendelőben.

A kiegészítő magánbiztosítás nem okoz felesleges elszámolási/adminisztrációs zűrzavart, mert ez teljesen más kategóriába tartozó költségelszámolás, mint a kötelező biztosítás, sőt már most is előfordul, hogy több állami kórház a külföldi betegek kezelése esetén a külföldi magánbiztosítótól követeli a szolgáltatás megfizetését. Mivel a magánbiztosításos kezelés ritka, jobbra kivételes esetnek számít az állami kórházban, ezért nem járul hozzá a kórház működésének javításához. Ez is világosan mutatja, hogy a kórházak verseny nélkül és tömeges magánbiztosítási díjfizetők nélkül a szórványos kiegészítő magánbiztosítás nem befolyásolja pozitív irányba kórház működését és fejlesztését.

Japánban elég sok, különböző formában működő rendelő-kórház létezik: az állami, orvosi egyetemi, megyei-városi önkormányzati, integrált magánkórház-komplexum, magán szakkórház és magánrendelő, még létezik néhány nagy iparágazati kórház, amelyeket eredetileg az ágazati dolgozók számára hoztak létre, de mostanra leginkább általános alapítványi kórházzá alakult át. Minden rendelő-kórházban elvileg minden beteget fogadnak és részükre egységesen orvosi alapellátást nyújtanak a társadalombiztosítás keretében, de emellett mindenhol létezik például egyszemélyes fekvőbetegszoba is, amely igényelhető, nem protekció révén, hanem a kiegészítő biztosítás szolgáltatásaként, vagy plusz ráfizetéssel.

Az orvosi szuverenitás megszüntetése és a társadalmi normatívák-gondolatok reformjának szükségessége

A teljesen piaci alapú amerikai rendszerben a fogyasztói szuverenitás, vagyis a betegek szuverenitása megvalósul, amennyiben az orvos és a beteg kapcsolata hasonlít az eladó és a vevő viszonyához a biztosítón keresztül, mindez azonban nem érvényesül minden beteg esetében, csak a magas biztosítási díjat fizető betegek élvezhetik előnyét. A jelenlegi társadalombiztosításos rendszerben viszont nem is létezik ilyenfajta kapcsolat. Akkor hogyan lehet jellemezni az orvos és a betegek viszonyát a posztszocialista rendszerben?

A mindenki számára garantált kórházi szolgáltatást az orvosok egységesen fölülről, egy hierarchikus rendszerben osztják el. Az ingyenes szolgáltatás úgy tűnik fel, mint az orvosok által egyoldalúan gyakorolt ajándékozási gesztus. A kórházban az orvos a császár, akinek a minden döntés feletti joga megvan, így az orvosi szuverenitás a kórház minden szegletében uralkodik, ám a betegeknek nincs túl sok módja saját kéréseik, elvárásaik érvényesítésére. Sőt, az orvos szuverenitása nemcsak a betegekkel szemben, hanem a kórház gazdálkodásában is érvényesül, miközben az orvos többnyire nem menedzsment-szakember, ennek ellenére az állami kórház úgy működik, mint az orvosok öngazgatási intézménye. Ennek eredményeként minden gazdálkodási-menedzsment probléma megoldatlanul, elhanyagolva halmozódik az orvos önkényes uralkodás alatt, amely a kórházi szolgáltatás és berendezések folyamatos elavulásához, hanyatlásához vezet. Ebből a rendszeréből hiányzik a saját rendszert fejlesztő belső mozzanat ösztönző ereje, csak a folyamatos pusztulás tendenciája figyelhető meg.

Vázlatosan ábrázolva a helyzetet, a posztszocialista rendszer reform-váltása azt jelenti-e, hogy az orvos-szuverenitás helyett a betegek (fogyasztói) szuverenitása legyen a mérvadó? A válaszom nemleges, mert nem ilyen egyszerű a dolog. Amíg nem tudjuk olyan teljesen piaci alapú rendszerré átalakítani a

társadalombiztosítás rendszerét, mint az USA-beli rendszer, addig nem beszélhetünk valós piaci viszonyokról. Már csak azért sem, mert nem lehet minden egészségügyi szolgáltatást piaci eszközökkel megoldani, de azért sem, mert az USA-n kívül minden fejlett országban a mai napig megmaradt az átfogó társadalombiztosítási rendszer, még ha vannak is jelentős különbségek e rendszerek bizonyos elemeit illetően.

Az biztos, hogy mindenképpen az orvosok túlsúlyos szuverenitását valahogyan meg kell szüntetni, amely persze nem eredményezheti a betegek szuverenitásának felülkerekedését. Akár állami kórházban, akár magánrendelő-szakkórházban az orvosoktól független önálló menedzsmentet kell létrehozni, és az orvosoknak megfelelő és méltányos fizetését biztosítva a zsebbe „kibélelt borítékot” dugdosó paraszolvencia undok és méltatlan szokását meg kell szüntetni. Az állami és magánrendelő-szakkórház együttes működése mellett a betegek választani tudnak az orvosi szolgáltatások közül és az egyes egészségügyi intézmények működéséért felelős menedzsmentek tevékenysége mellett az orvosok is jobban tudnak koncentrálni saját szakmai munkájukra. A kórház és rendelő fejlesztési munkáit az önálló menedzsmentnek a biztosítókkal való kvázi üzleti alkudozások során kell érvényesíteni és megoldani a több magánrendelő- és kórházteremtéssel.

Minden országban folyamatosan növekszik az egészségügyi kiadás: egyrészt azért, mert az emberek élettartama növekszik, másrészt azért, mert az új gyógyszerek és az orvosi műszerek folyamatos korszerűsítése drágítja a fejlesztési költségeket. Mindezek miatt a jövőben a GDP egyre magasabb százalékát kell az egészségügyi kiadásokra fordítani, ha nem lesz effektív reform ezen a területen: - miközben e rendszer a mind hosszabb élettartam eléréshez vezet -, a más kiadásokra használható források drámai szűkülésére kerül sor. Épp ezért az egészségügyi rendszer minden szereplőjének, - természetesen ideértve az „egyszerű” állampolgárokat is – törekedniük kell a felelős magatartásra az ésszerű gondolkodásra.

A posztoszocialista egészségügyi rendszer reformja megköveteli az abban résztvevők alapgondolkodásának és tevékenységi normatíváinak megreformálását is. Az orvosoknak tisztelettel és nagy odaadással kell végezniük gyógyító munkájukat megfelelő javadalmazás mellett, a kórháznak-rendelőnek létre kell hoznia önálló felelős menedzsmentjeiket, a biztosítóknak - akár magán akár állami, átlátható és szakszerű gazdálkodásra kell törekednie és nem utolsósorban, a polgároknak önszabályozási és önálló (nem az államtól függő) szellemben kell élvezni/igénybe venni az orvosi szolgáltatást. Szóval a felelősségnek, az önállóságnak, az önszabályozásnak és transzparenciának, vagyis átláthatóságnak a társadalombiztosítás új alapfogalmaivá kell válniuk.

Decentralizált, egyszerű, egységes, transzparens társadalombiztosítás – a japán rendszer

Ami Japánban létezik, az nem az állami által garantált, hanem több non-profit kockázatvállaló közösség által garantált társadalombiztosítás. Úgy is mondhatjuk, hogy ami Japánban létezik, az egy decentralizált társadalombiztosítási rendszer. Japánban a társadalombiztosítás keretén belül két főbb egészségpénztár működik: egyik a munkaviszonnyal rendelkezők, a másik a munkaviszonnyal nem rendelkezők (pl. kisiparos, háziasszony, egyetemi hallgatók, munkanélküliek) részére alakult biztosítás.

A munkaviszonnyal rendelkezők részére több további mellék-egészségpénztár működik: az 50 főnél több munkavállalót foglalkoztató cégek egészségpénztárának területi vagy ágazati uniója* (állami támogatás

nélkül), az 50 főnél kevesebb munkavállalót foglalkoztatók területi egészségpénztári uniója (állami támogatással). Emellett még néhány speciális ágazati egészségpénztár (állami és önkormányzati tisztviselő, hajós stb.) is létezik. Így, egy-egy egészségpénztárnak kell gazdálkodnia a saját pénzügyi alapjából.

* Az 50 főnél több munkavállalót foglalkoztató cégek egészségpénztári többletforrással rendelkeznek, ezért jobban ki tudják szolgálni tagjaikat. Mivel az illető pénztár nem tud dönteni az önrész százalékaról, mert ezt a minisztérium országosan egységesen szabályozza, ezért a többletrendekezéssel bíró egészségpénztárak, az orvosi ellátáson kívüli keretekben, azaz a közösségen belüli szolgáltatást nyújtanak a tagoknak, pl. üdülési lehetőség a kedvezmény áron, ingyenes szűrővizsgálatok, stb.

A munkaviszonnal nem rendelkezők pedig az önkormányzat-kormány egészségpénztárába beléphetnek be. Ez a pénztár önkormányzati és kormánytámogatással működik, és elvileg az önkormányzatnak van biztosítási tarifa mértékében döntési joga, de e tekintetben nincs lényeges különbség az önkormányzatok között.

Kiemelten fontos a japán rendszerben, hogy mindenfajta egészségbiztosítás a minisztériumi szabályozás alatt, országosan egységesen működik, azaz minden rendelő, kórház a biztosítási fajtától függetlenül fogadja a betegeket, és ugyanazon költségtérítés mellett látja el betegeket. Szóval a japán rendszer a kormány által erősen szabályozott, ugyanakkor egyértelműen decentralizált társadalombiztosítás modellje. Japánban a betegeknek bizonyos önrészt kell vállalniuk. Nemcsak kórházdíjat, vizitdíjat, hanem egy-egy kezeléskor a kezelés költségnek bizonyos százalékát önrészként kell befizetnünk. Ez az önrész az orvosi ellátás költségnek 30 % (kisbaba és 70 évnél idősebbek esetén 10% vagy 20%). Itt is országosan meghatározott az önrész felső határa, ezért a fizetendő összeg nem növekszik korlátlanul, viszont az orvosi ellátáson kívül eső összes költséget (fekvőbetegeknek az étkezés, a külön-, illetve kevesebb ágyas szoba felárat, stb.) a betegnek kell vállalnia.

Talán emiatt is mi, japánok, egy kis megfázás, izomláz vagy apróbb sérülés miatt nem sietünk azonnal az orvosi rendelőbe, hanem úgy gondoljuk, inkább pihenésre, otthoni kezelésre és jó táplálkozásra van szükség a sok gyógyszer helyett. Úgy gondolom, az efféle önszabályozó magatartás nem ésszerűtlen, mert gyakran maga az orvos sem tud segíteni minden apró betegségen. Ebből a szempontból ésszerűnek tartom a vizitdíj és kórházi napidíj befizetését, amely a biztosítottak a jelenleginél önszabályozottabb magatartásához vezethet.

Japánban, a közelmúltban egy teljesen újfajta biztosítás is létrejött: az idősek otthoni gondozásának biztosítása. Ez önkormányzati közbiztosítás, mely úgy működik, hogy gondozásra szakosodott magáncégek az idős emberek saját lakásán, otthon, esetleg átmeneti intézményekben nyújtanak különböző gondozással kapcsolatos szolgáltatást, amely elősegíti az ez irányú családi megterhelés csökkentését. A szolgáltató a szolgáltatás költségeit az önkormányzati biztosításpénztártól követeli. Természetesen országszerte érvényes, szigorú, egységes tarifarendszer létezik, mert a kormány-önkormányzat a biztosítási költségnek felét támogatja. A japán gondozási biztosításban is mindenfajta szolgáltatás igényelhető 10 %-os önrészfizetéssel. Akinek nincs biztosítása, nem tudja igénybe venni, vagy csak a teljes költség megfizetése mellett. Itt is érvényesül a biztosítás ésszerű-felelős gazdálkodása és az önállóság (önfelelősség), amelyben az államtól viszonylagosan független, de a szolidaritás alapján működő biztosítás. Itt nem több magánbiztosító, hanem egy közbiztosító és több magánszolgáltató működik. Sokat lehet tanulni az ilyen törekvésekből is.